INFORME FINAL DEL EVENTO VARICELA, Colombia, 2014.

Diana Lucia Nieto Sánchez
Referente evento varicela
Equipo Funcional Inmunoprevenibles
Grupo Transmisibles
Subdirección de Prevención, vigilancia y control en salud pública
Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

1. INTRODUCCIÓN

La varicela es una enfermedad infecto-contagiosa ampliamente distribuida en el mundo producida por el virus varicela-zoster (VVZ), de carácter benigno. Es, en la actualidad, la infección exantemática más frecuente. Su presentación es endémica con períodos en que se torna epidémica con ciclos de 3-4 años. Prácticamente todos los individuos se infectan en el curso de su vida, estimándose que más del 90 % de la población ha padecido la enfermedad antes de los 15 años; esto porque el VVZ infecta a niños pequeños, con máxima incidencia entre los 2 y los 8 años de edad. El porcentaje de infecciones subclínicas es sólo de 4 %. La inmunidad es generalmente de por vida, aunque en ocasiones puede ocurrir reinfección (caso clínico de varicela) en inmunocompetentes. (1)

Entre las complicaciones se incluyen superinfección bacteriana de las lesiones cutáneas, neumonía, afectación del sistema nervioso central (ataxia cerebelar aguda, encefalitis), trombocitopenia y otras complicaciones poco frecuentes, tales como glomerulonefritis, artritis y hepatitis. (2) Especialmente grave es la varicela del recién nacido, cuya madre ha presentado varicela entre cinco días antes a dos días después del parto, en estos casos, el recién nacido presenta una enfermedad multivisceral grave (SVF) con un 30 % de letalidad. El 10 % de las mujeres fértiles no poseen anticuerpos antivaricela, por lo que son susceptibles de contraer varicela durante el embarazo con una incidencia de 0,1 a 0,7 por 1.000 nacidos vivos (3). El virus se transmite al feto en un 25 % de los casos y de estos, la mitad presenta serología positiva post natal. El 1 - 3 % de los embarazos con varicela presentarán SVF lo cual equivale a 1-2 casos por 100.000 nacidos vivos, de éstos niños el 25 % fallece antes de cumplir un año (4). Por esta razón es importante la vigilancia de este evento para brindar información que apoye la toma de medidas de control que contribuyan a disminuir la incidencia de la enfermedad.

1.1. Comportamiento del evento a nivel mundial

La incidencia mundial de varicela se estima en 60 millones de nuevos casos al año, de los que 57 millones corresponderían a niños. El herpes zoster es responsable de 5.200.000 nuevos casos anuales.

La edad media de padecimiento de la enfermedad se sitúa alrededor de los cuatro años. El 50 % padece la varicela antes de los cinco años y el 90 % antes de los 12 años.

1.2. Comportamiento del evento en América

Aunque la información sobre el evento a nivel del continente americano es escasa y no va más allá de los reportes gubernamentales, y aunque la información epidemiológica sobre la carga de la enfermedad es escasa; el Centro Cochrane IECS en Argentina, desarrolló un estudio científico llamado revisión sistemática que resume toda la información publicada en la literatura científica sobre la incidencia, las internaciones, la mortalidad y el uso de recursos en salud en nuestra región en relación a la varicela y el herpes zoster desde el año 2.000. También recoge y muestra los datos ministeriales de los países latinoamericanos sobre la vigilancia epidemiológica de la enfermedad.

De acuerdo con este estudio, la incidencia global de varicela en América Latina y el Caribe en menores de 15 años fue de 42,9 casos cada 1.000 individuos. La mortalidad fue relativamente baja en los años evaluados: de 0,5 muertes por millón de niños entre 5 y 14 años. Las complicaciones más frecuentemente reportadas fueron infecciones cutáneas, respiratorias y los problemas neurológicos.

1.3. Comportamiento del evento en Colombia

Entre los años 2001 al 2008 se notificaron un total de 375.404 casos, con un promedio de 41.711 por año, con un mínimo de 29.115 casos en el 2001 y un máximo de 69.695 casos en el 2007.

Entre los años 2008 y 2012 se notificaron un total de 434.409 casos, con un promedio de 86.881 por año, con un mínimo de 68.231 casos en el año 2008 y un máximo de 121.502 casos en el año 2011, lo que lleva a considerar este año como epidémico.

2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

Realizar el seguimiento continuo y sistemático de la ocurrencia de varicela con el fin de realizar la identificación oportuna de casos y brotes, para la toma de medidas de control que contribuyan a disminuir la incidencia de la enfermedad.

3. MATERIALES Y MÉTODOS

El informe epidemiológico de varicela se fundamentó en la descripción de su comportamiento teniendo como ejes fundamentales las variables de tiempo, lugar y persona contenidas en la ficha de notificación de datos básicos.

En cuanto al tiempo se tomó las semanas epidemiológicas de la semana 01 hasta la 53 de forma acumulada comparada con el mismo periodo del año inmediatamente anterior. En la variable de lugar el análisis se realizó por departamento de procedencia de los casos

confirmados por clínica notificados. También se informó aquellos entes territoriales que no habían notificado casos hasta el periodo epidemiológico descrito.

Para la variable persona se hizo análisis por edad, el régimen de afiliación, área de procedencia, etnia y grupo poblacional. También se incluyeron en este informe los indicadores definidos dentro de la vigilancia de varicela.

La fuente utilizada fue el sistema de notificación del Sivigila individual y colectivo. La información emitida en este informe se encuentra sujeta a cambios de acuerdo a los ajustes generados por las entidades territoriales

Este evento ingresa al sistema de información de vigilancia epidemiológica Sivigila, como caso individual confirmado por clínica.

4. HALLAZGOS

4.1. Comportamiento de la notificación

A periodo epidemiológico XIII del año 2014, se notificaron al sistema de información individual Sivigila un total de 112 654 casos notificados de los cuales se distribuyen así: confirmados 96,6 % (108 246), descartados 0,003 % (3) y 0,5 % (561) errores de digitación; para el análisis solo se tendrán en cuenta 108 246 casos. Durante el proceso de depuración se identificaron 3 844 duplicados por nombre y/o número de identificación. Comparando el comportamiento de la notificación del periodo XIII del año 2014 contra el mismo periodo del año 2013 (93 836 casos), se observa un aumento para éste año del 13,3 %.

En la base de datos de varicela colectiva se notificaron 17 283 casos a periodo XIII.

4.2. Magnitud en lugar y persona (datos básicos)

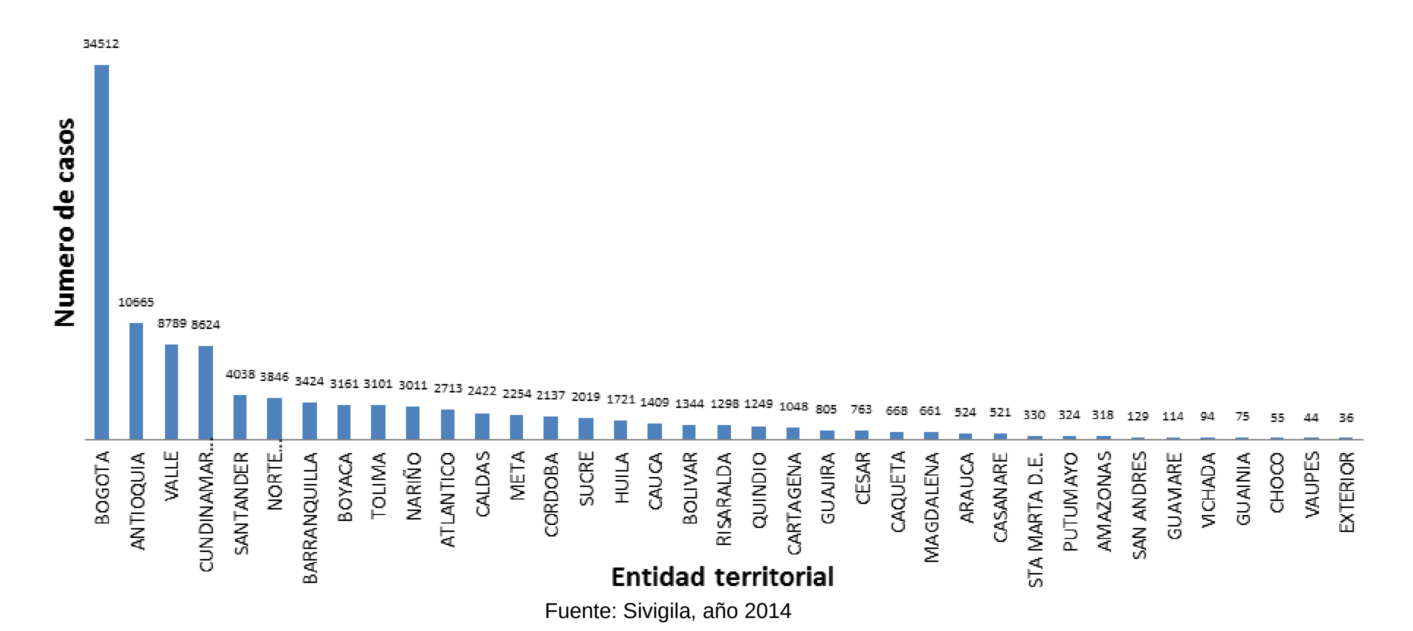
a. <u>Variables de lugar</u>

Los 108 246 casos de varicela fueron notificados por 3 883 UPGD, el 50 % (54 080 casos) fue notificado por 232 UPGD. El mayor porcentaje de casos procede de las siguientes entidades territoriales: Bogotá con el 31,9 % de los casos, seguido por Antioquia con el 9,9 % de los casos, Valle con el 8,1 % de los casos, Cundinamarca con el 8,0 % y Santander con el 3,7 % de la notificación; tan solo en éstas cinco entidades territoriales se concentró el 61,6 % de la notificación con un total de 66 629 casos.

Los 36 casos notificados procedentes del exterior corresponden a doce casos de Brasil notificados por Amazonas (12), Bogotá (1) y Valle (1), cuatro casos de USA notificados por el Distrito de Bogotá (2) y por Antioquia (2), un caso de Panamá notificado por Santander, un caso de Perú notificado por Amazonas, nueve casos de Venezuela notificados por Arauca (1), Norte de Santander (6), Cundinamarca (1) y Córdoba (1); y siete casos de país desconocido

notificados por Antioquia (2), Barranquilla (1), Sucre (1), Santander (1) y Bogotá (2) (ver figura 1).

Figura 1. Casos de varicela por departamento de procedencia. Periodo epidemiológico XIII, año 2014. Colombia



Fuente: Sivigila, año 2014

Los casos notificados al Sivigila se presentaron en 1044 municipios a nivel nacional y aquellos con el mayor número de casos fueron: Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla, Cúcuta, Soacha, Ibagué, Soledad, Pasto y Bucaramanga. En estos 10 municipios se concentró el 53,8 % de la notificación (ver tabla 1).

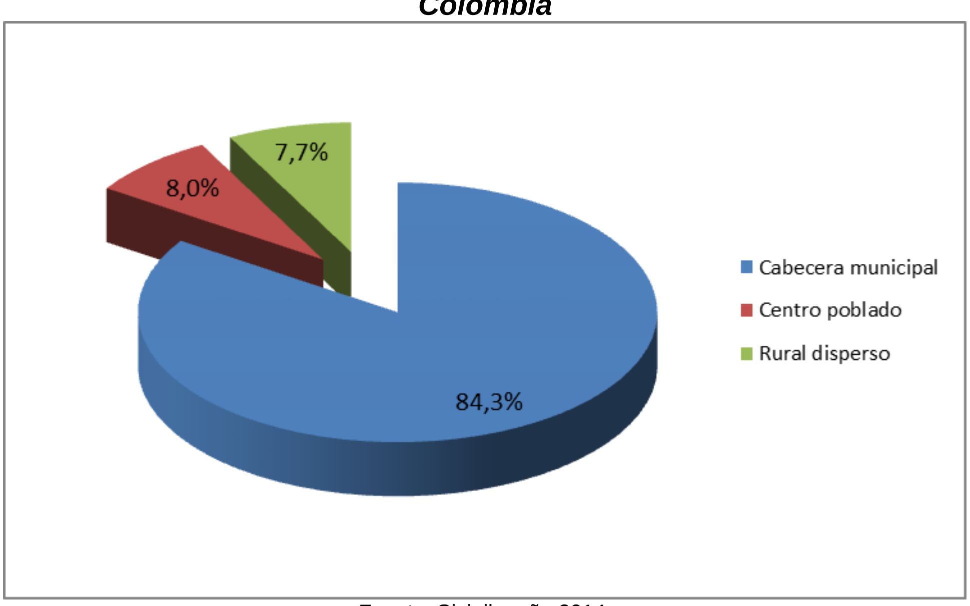
Tabla 1. Casos de varicela por municipio de procedencia. Periodo epidemiológico XIII, año 2014. Colombia

MUNICIPIO	ENTIDADA TERRITORIAL	CASOS	% NOTIFICACIÒN
Otros municipios	----------	50010	46,2
Bogotá	Bogotá	34114	31,5
Medellín	Antioquia	5619	5,2
Cali	Valle del cauca	4861	4,5
Barranquilla	Atlántico	3424	3,2
Cúcuta	Norte de Santander	2215	2,0
Soacha	Bogotá	2005	1,9
Ibagué	Tolima	1695	1,6
Soledad	Atlántico	1540	1,4
Pasto	Nariño	1383	1,3
Bucaramanga	Santander	1380	1,3
Total	----------	108 246	100,0

Fuente: Sivigila, año 2014

Con respecto al área de ocurrencia de los casos, el 84,3 % con 91 227 casos notificados ocurrió en zona urbana sugiriendo que hay mayor presencia de casos y por lo tanto brotes en sitios con alta densidad poblacional (ver figura 2).

Figura 2. Casos de varicela por área de ocurrencia. Periodo epidemiológico XIII, año 2014. Colombia

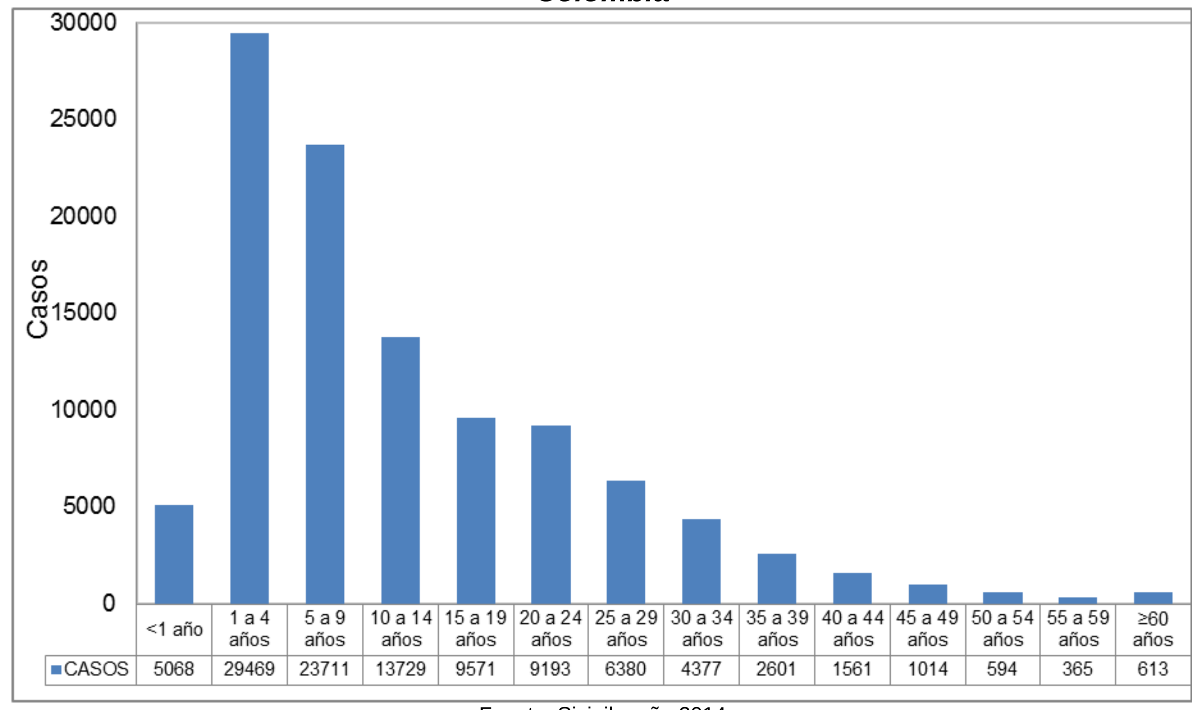


Fuente: Sivigila, año 2014.

b. <u>Variables de persona</u>

La población afectada por varicela se concentró con el 61,8 % de casos entre el grupo de 1 a 14 años. El mayor número de casos correspondió al grupo de edad de uno a cuatro años con 29 469 casos (27,2 %), seguido del grupo de cinco a nueve años de edad con 23 711 casos (21,9 %), lo que sugiere un aumento en la ausencia escolar (ver figura 3).

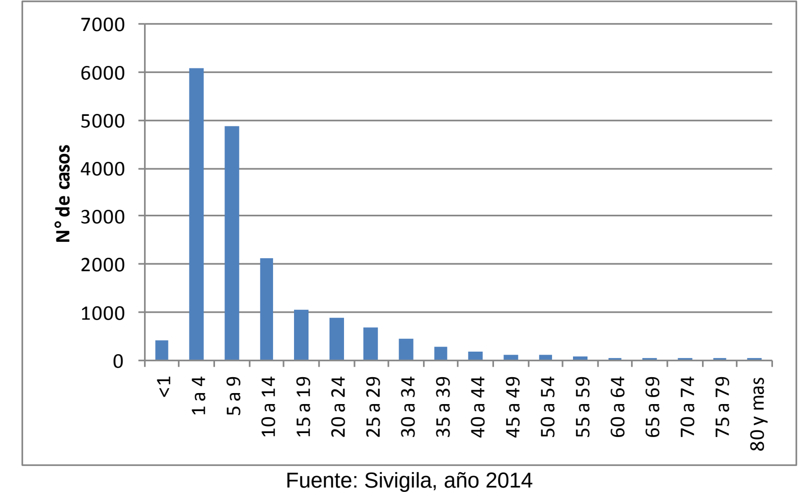
Figura 3. Casos de varicela por grupo de edad. Periodo epidemiológico XIII, año 2014. Colombia



Fuente: Sivigila, año 2014

Según la base de datos de notificación colectiva coinciden los grupos de edad con mayor número de casos, el mayor número se notificó en el grupo de 1 a 4 años (6 087 casos) seguido del de 5 a 9 años (4 892 casos) (ver figura 4).

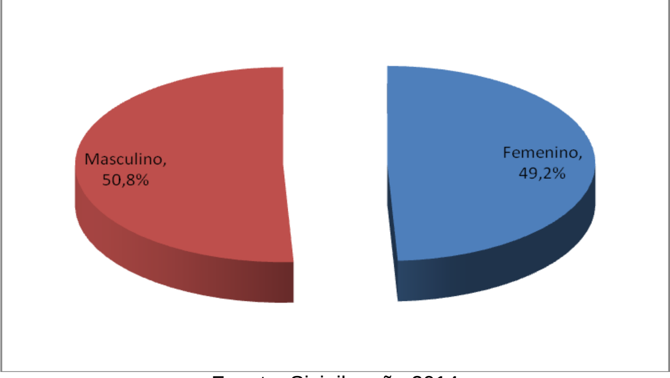
Figura 4. Casos de varicela por grupo de edad. Notificación colectiva. Periodo epidemiológico XIII, año 2014. Colombia



Fuente: Sivigila, año 2014

Según el sexo de los casos notificados, la presencia de varicela fue mayor en hombres con una diferencia de 1772 casos y aunque no es significativa si sugiere que éstos son más susceptibles a adquirir el virus, especialmente por las actividades y convivencia en lugares de concentración de las fuerzas militares y cárceles, instituciones donde la propagación del agente causal es difícil de detener por las condiciones de hacinamiento y convivencia, llevando al aumento de brotes (ver figura 5).

Figura 5. Casos de varicela por sexo. Periodo epidemiológico XIII, año 2014. Colombia



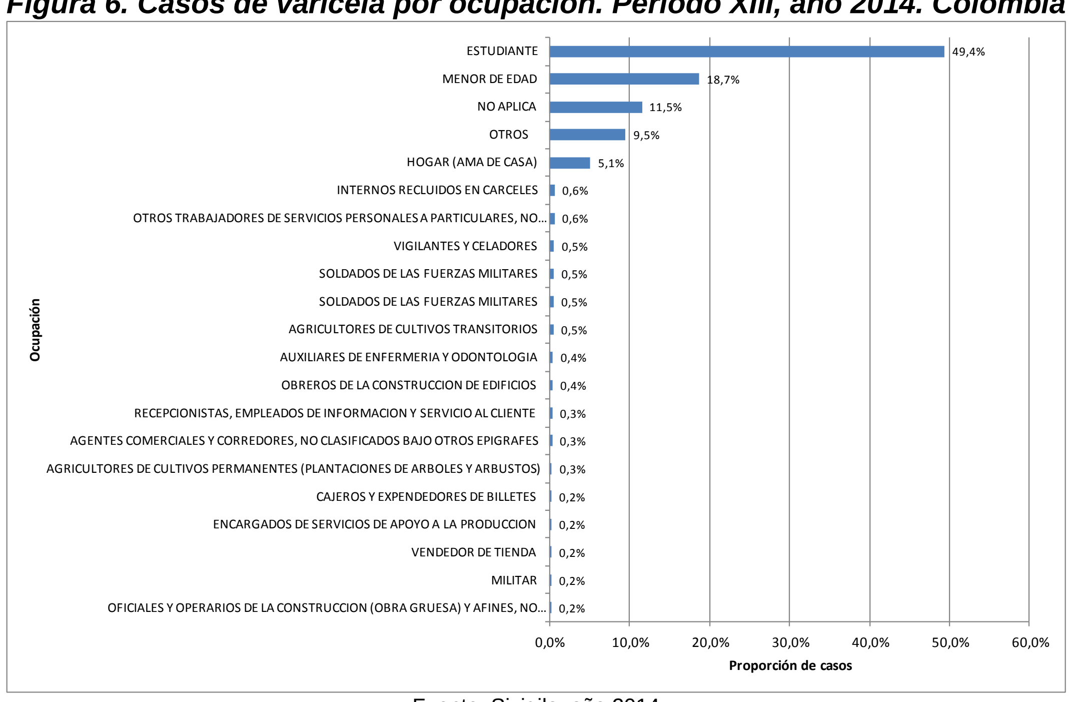
Fuente: Sivigila, año 2014

Según la base de datos de notificación colectiva el mayor número de casos ocurrió en hombres (51,61 %).

Según la ocupación, el 68,1 % de los casos se presentó en población en edad escolar conformado por los estudiantes que representan el 49,4 % de los casos y el grupo de los menores de edad con el 18,7 % que igual al primer grupo pueden tener mayor contacto con población susceptible ocasionando el aumento de casos y por consiguiente el aumento de brotes (ver figura 6).

Varicela

Figura 6. Casos de varicela por ocupación. Periodo XIII, año 2014. Colombia



Fuente: Sivigila, año 2014

En la clasificación de etnia, se observó un alto porcentaje de casos en el grupo de negros, mulatos y afrocolombianos, y en el grupo de indígenas; etnias que en situación de desplazamiento y de convivencia en casas comunitarias y en situación de hacinamiento, pueden aumentar el riesgo de transmisión del virus aumentando por lo tanto la presencia de brotes (ver tabla 2).

Tabla 2. Casos de varicela por grupo étnico. Periodo epidemiológico XIII, año 2014. Colombia

Clasificación	Casos	%
1. Indígena	2125	2,0%
2. ROM, Gitano.	602	0,6%
3. Raizal	164	0,2%
4. Palenquero	49	0,0%
5. Negro, Mulato, Afrocolombiano	3341	3,1%
6. Otros	101965	94,2%
TOTAL	**108.246**	**100%**

Fuente: Sivigila, año 2014

Según el grupo poblacional, se observó que el mayor porcentaje correspondió al de otros grupos poblacionales con 105 881 casos (97,82 %), pero es importante resaltar la aparición del evento en la población gestante (642 casos) que se convierte en una situación crítica por el

riesgo de complicaciones que se pueden presentar con el feto por el síndrome de varicela congénita. Se debe recordar que un caso puede pertenecer a más de un grupo poblacional (ver tabla 3).

Tabla 3. Casos de varicela por grupo poblacional. Periodo epidemiológico XIII, año 2014. Colombia

GRUPO POBLACIONAL		
Clasificación	**Casos**	**%**
Otros grupos poblacionales	105881	97,82%
Gestantes	642	0,59%
Población ICBF	515	0,48%
Desplazados	569	0,53%
Carcelarios	542	0,50%
Indigentes	193	0,18%
Víctimas de violencia	193	0,18%
Discapacitados	213	0,20%
Psiquiátricos	158	0,15%
Migratorios	193	0,18%
Desmovilizados	135	0,12%
Madres comunitarias	92	0,08%

Fuente: Sivigila, año 2014

En la clasificación por régimen de seguridad social en salud, el 96,9 % de los casos se encuentra afiliado al sistema de seguridad social en salud, pero aún se cuenta con el 3,1 % de población no afiliada (ver tabla 4).

Tabla 4. Casos de varicela por régimen en salud. Periodo epidemiológico XIII, año 2014. Colombia

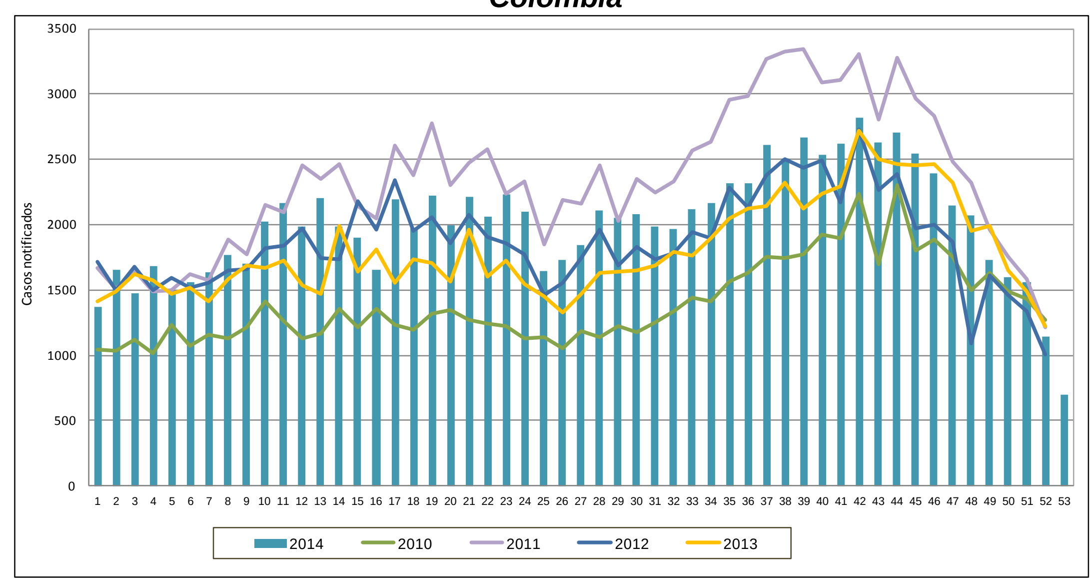
TIPO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		
Clasificación	**Casos**	**%**
Contributivo	65012	60,1%
Especial	3565	3,3%
No afiliado	3343	3,1%
Excepción	2457	2,3%
Subsidiado	33869	31,3%
TOTAL	**108.246**	**100,0%**

Fuente: Sivigila, año 2014

Tendencia del evento

En la distribución de casos de varicela notificados al periodo epidemiológico XIII, se observa un incremento en la notificación del 15,4 % con 14 410 casos de diferencia, pasando de notificar 93 836 casos en el año 2013, a notificar 108 246 casos en el mismo periodo del año 2014 (ver figura 7).

Figura 7. Casos de varicela notificados a periodo epidemiológico XIII, año 2010 a 2014. Colombia



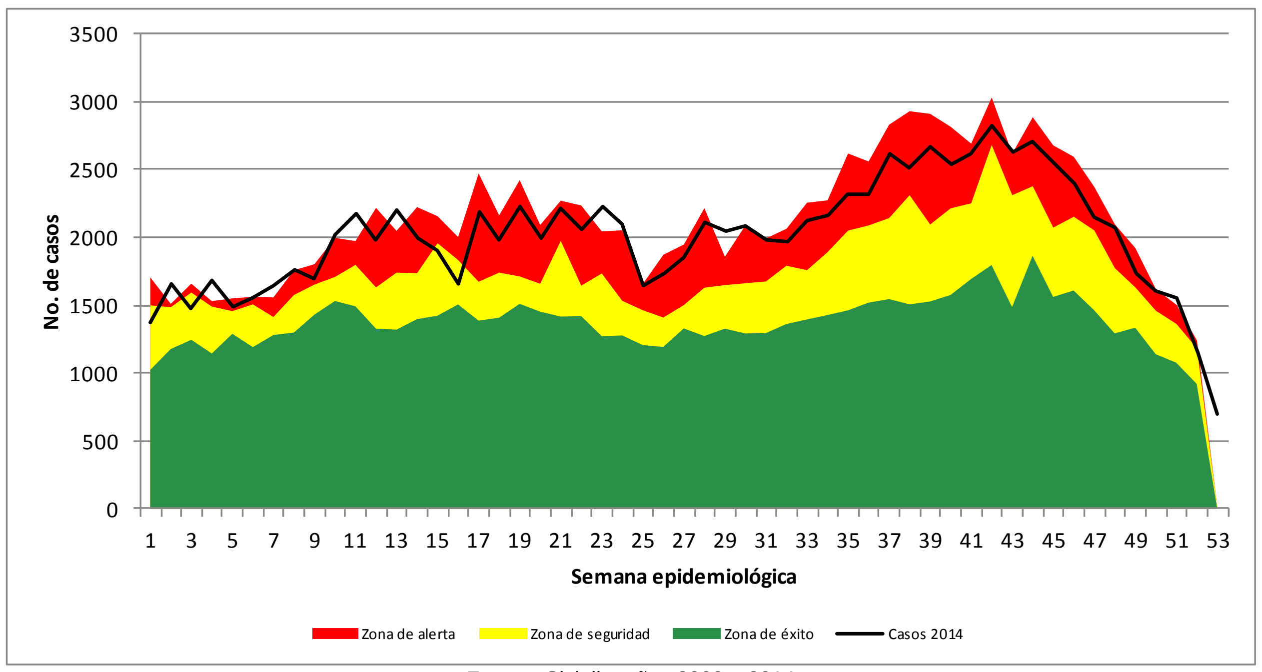
Fuente: Sivigila, años 2010 a 2014.

El promedio en la notificación de casos de varicela fue de 2042 casos por semana epidemiológica y de 8327 casos por periodo epidemiológico.

Según el comportamiento en el canal endémico, el evento se ha mantenido en zona de alerta la mayor parte del año; para la semana epidemiológica 53 se termina en zona de seguridad probablemente debido a la notificación tardía al Sivigila (ver figura 8).

Varicela

Figura 8. Canal endémico de varicela a periodo epidemiológico XIII del año 2014. Colombia



Fuente: Sivigila, años 2009 a 2014

4.3. Comportamiento de los indicadores de vigilancia del evento

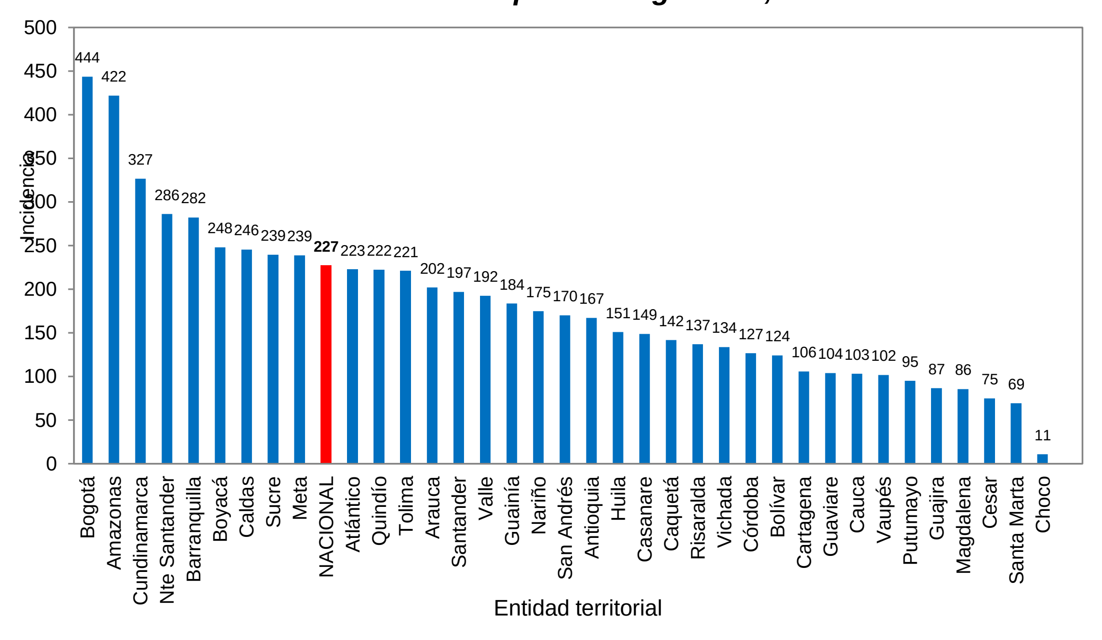
a. <u>Proporción de incidencia en la población general:</u>

La incidencia de varicela en Colombia en la población general a periodo epidemiológico XIII fue de 227,1 casos por cada 100.000 habitantes, donde el 25 % (9) de las entidades territoriales superaron la incidencia nacional.

Las entidades territoriales con la mayor proporción de incidencia en la población general fueron el distrito de Bogotá con 443,8 casos por cada 100.000 habitantes, Amazonas con 421,8 casos por cada 100.000 habitantes, seguido por Cundinamarca (326,8 casos por 100000 habitantes), Norte de Santander (286,2 casos por 100000 habitantes), Barranquilla (282,3 casos por cada 100.000 habitantes), Boyacá (248 casos por cada 100.000 habitantes), Caldas (245,6 casos por cada 100.000 habitantes), Sucre (239,4 casos por cada 100.000 habitantes) y Meta con 239,0 casos por cada 100 000 habitantes en la población general (ver tabla 9).

Varicela

Figura 9. Proporción de incidencia de varicela en la población general distribuido por entidad territorial. Periodo epidemiológico XIII, año 2014. Colombia



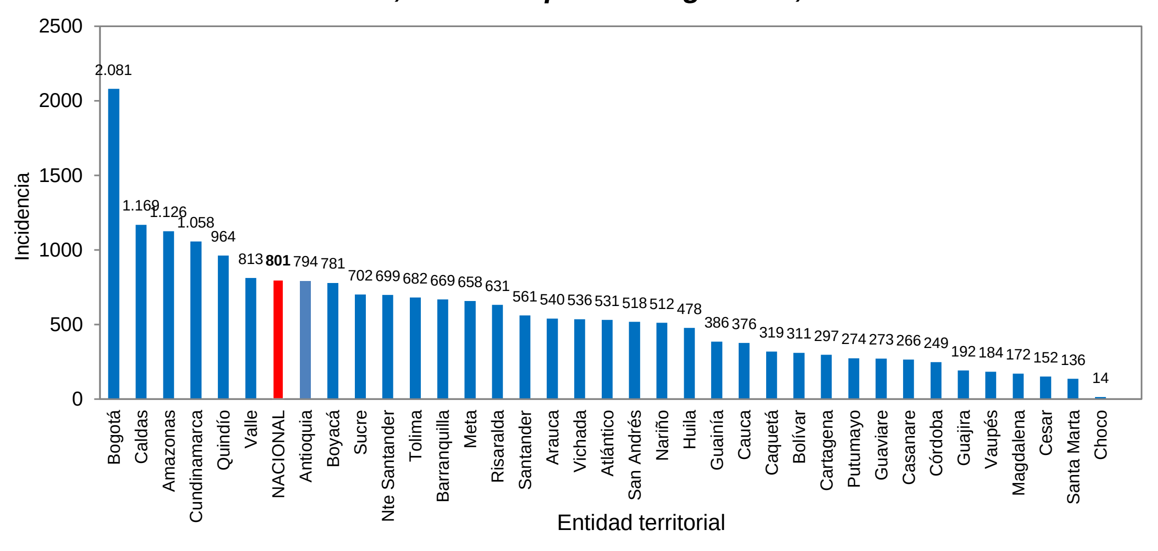
Fuente: Sivigila, año 2014

b. Proporción de incidencia en la población menor de cinco años

La incidencia de varicela en la población menor de cinco años de edad al periodo XIII del año 2014 fue de 800,1 casos por cada 100.000 niños menores de cinco años, donde el 16,6 % (6) de las entidades territoriales superaron la incidencia nacional (ver tabla 10).

Varicela

Figura 10. Proporción de incidencia de varicela en población menor de cinco años por entidad territorial, Periodo epidemiológico XIII, año 2014. Colombia



Fuente: Sivigila, año 2014

c. *Tasa de letalidad*

La tasa de letalidad del año 2014 fue de 0,014%. Se notificaron 21 muertes de las cuales 15 muertes fueron asociadas al evento (ver tabla 5).

Varicela

Tabla 5. Muertes relacionadas con varicela. Periodo XIII, año 2014. Colombia

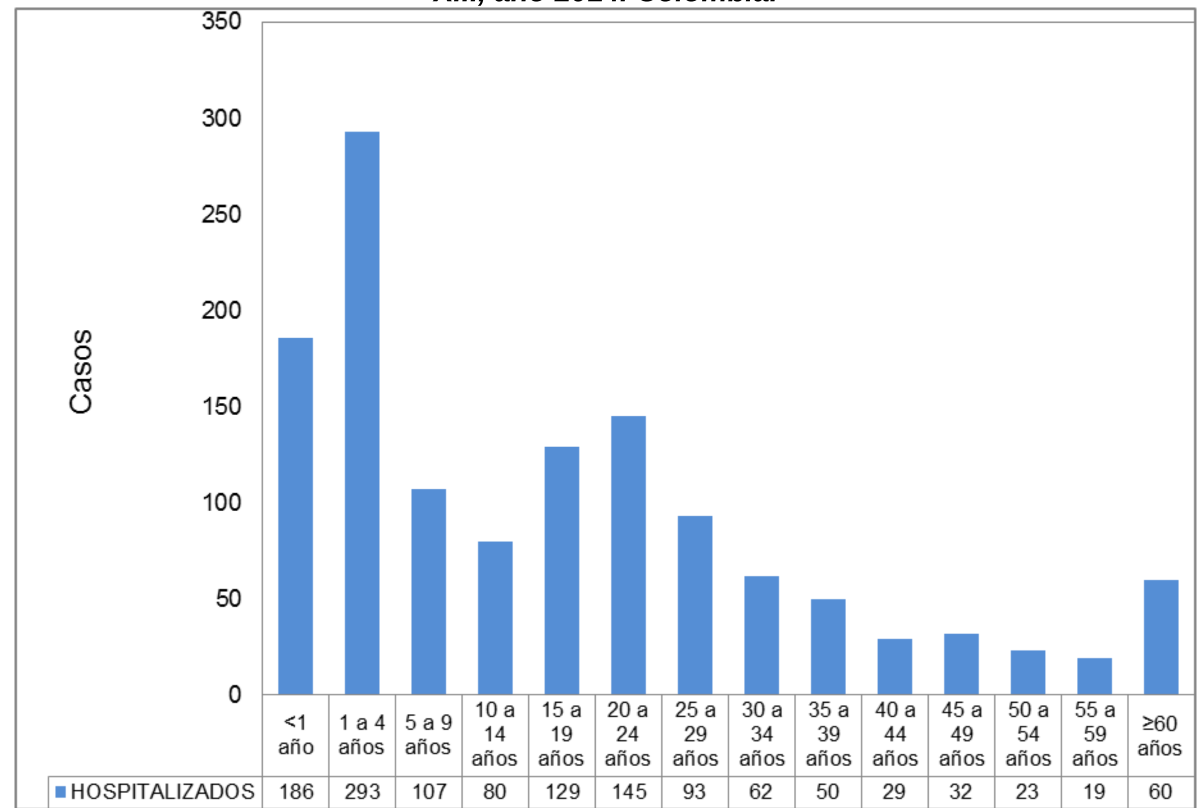
Semana	Edad	sexo	Dto Procedencia	Dto Notificación
1	36	F	Cundinamarca	Cundinamarca
4	42	M	Huila	Huila
18	4	F	Bogotá	Bogotá
19	42	M	Bolívar	Barranquilla
21	1	M	Cundinamarca	Bogotá
37	2	F	Bogotá	Bogotá
37	72	M	Cartagena	Cartagena
39	1	F	Bogotá	Bogotá
40	33	M	Bogotá	Bogotá
43	3	M	Bogotá	Bogotá
43	50	M	Cundinamarca	Cundinamarca
46	63	M	Atlántico	Atlántico
49	64	F	Atlántico	Barranquilla
51	16 días	M	Casanare	Casanare
51	12	M	Santa marta D.E	Santa marta D.E

Fuente: Sivigila, año 2014

d. Hospitalización

Del total de casos notificados por varicela, el 1,2 % es decir 1 308 casos requirieron hospitalización, donde las edades más afectadas fueron los menores de cinco años de edad, generando probablemente ausencia laboral de los padres o cuidadores de éstos menores y ausencia escolar (ver figura 11).

Figura 11. Casos de varicela hospitalizados, por grupo de edad. Periodo epidemiológico XIII, año 2014. Colombia.



Fuente: Sivigila, año 2014

Según la notificación colectiva el 0,37 % de los casos requirieron hospitalización.

En la siguiente tabla se observan los principales indicadores del evento como la proporción de incidencia en la población general y proporción de incidencia en la población menor de cinco años por cada 100.000 habitantes, y letalidad en la población general, distribuidos por ente territorial (ver tabla 6).

Tabla 6. Indicadores de vigilancia de varicela. Periodo epidemiológico XIII, año 2014. Colombia

Entidad territorial	Población 2014		Clasificación de los casos notificados		Condición	Indicadores Nacionales de Vigilancia		
	Población general	Población < de 5 años	N° de casos Población general	N° de casos < de 5 años	N° muertes	Incidencia población general	Incidencia < 5 años	Tasa de letalidad general
Amazonas	75388	10387	318	117	0	421,8	1126,4	0,00%
Antioquia	6378132	527950	10665	4191	0	167,2	793,8	0,00%
Arauca	259447	33122	524	179	0	202,0	540,4	0,00%
Atlántico	1219060	116471	2713	619	2	222,5	531,5	0,07%
Barranquilla	1212943	97945	3424	655	0	282,3	668,7	0,00%
Bogotá	7776845	602012	34512	12526	5	443,8	2080,7	0,01%
Bolívar	1082825	123378	1344	384	1	124,1	311,2	0,07%
Boyacá	1274615	110072	3161	860	0	248,0	781,3	0,00%
Caldas	986042	80139	2422	937	0	245,6	1169,2	0,00%
Caquetá	471541	53902	668	172	0	141,7	319,1	0,00%
Cartagena	990179	82952	1048	246	1	105,8	296,6	0,10%
Casanare	350239	36135	521	96	1	148,8	265,7	0,19%
Cauca	1366984	132062	1409	497	0	103,1	376,3	0,00%
Cesar	1016533	110335	763	168	0	75,1	152,3	0,00%
Choco	495151	65916	55	9	0	11,1	13,7	0,00%
Córdoba	1683782	180799	2137	450	0	126,9	248,9	0,00%
Cundinamarca	2639059	240078	8624	2539	3	326,8	1057,6	0,03%
Guainía	40839	5187	75	20	0	183,6	385,6	0,00%
Guajira	930143	125301	805	241	0	86,5	192,3	0,00%
Guaviare	109490	14308	114	39	0	104,1	272,6	0,00%
Huila	1140539	113748	1721	544	1	150,9	478,3	0,06%
Magdalena	771129	92086	661	158	0	85,7	171,6	0,00%
Meta	943072	93030	2254	612	0	239,0	657,9	0,00%
Nariño	1722945	163870	3011	839	0	174,8	512,0	0,00%
Nte Santander	1344038	126571	3846	885	0	286,2	699,2	0,00%
Putumayo	341034	39386	324	108	0	95,0	274,2	0,00%
Quindío	562114	45974	1249	443	0	222,2	963,6	0,00%
Risaralda	946632	76193	1298	481	0	137,1	631,3	0,00%
San Andrés	75801	6373	129	33	0	170,2	517,8	0,00%
Santander	2051022	167012	4038	937	1	196,9	561,0	0,02%
Santa Marta	476385	46416	330	63	0	69,3	135,7	0,00%
Sucre	843202	84210	2019	591	0	239,4	701,8	0,00%
Tolima	1404262	127573	3101	870	0	220,8	682,0	0,00%
Valle	4566875	363367	8789	2955	0	192,5	813,2	0,00%
Vaupés	43240	5982	44	11	0	101,8	183,9	0,00%
Vichada	70260	9881	94	53	0	133,8	536,4	0,00%
Exterior	………	……..	36	9	0	0,0	0,0	0,00%
NACIONAL	**47661787**	**4310123**	**108246**	**34537**	**15**	**227,1**	**801,3**	**0,01%**

Fuente población: Proyección DANE 2014
~ Fuente información Varicela: Sivigila ,2014. Instituto Nacional de Salud

5. DISCUSIÓN

Aunque es de amplio conocimiento para las autoridades del sector salud, que la proporción de incidencia de la varicela es alta en la población colombiana, el Programa Ampliado de Inmunizaciones no tiene incluida aún dentro del esquema permanente la vacuna que ya es comercializada por laboratorios en el país, sin embargo ya se estudia para una futura adición al esquema de vacunación.

En la distribución de casos de varicela notificados al periodo epidemiológico XIII, se observa un incremento en la notificación del 15,4 % con 14 410 casos de diferencia, pasando de notificar 93836 casos en el año 2013, a notificar 108 246 casos en el mismo periodo del año 2014.

En el periodo XIII hubo un aumento de 69 UPGD que notificaron casos, comparando con el periodo anterior, pasando de 3788 a 3857 UPGD.

Las cinco entidades territoriales que notifican el mayor número de casos para este periodo son Bogotá, Antioquia, Valle, Cundinamarca y Santander. Estas entidades concentran el 61,6 % de los casos.

Las entidades territoriales que superan la incidencia Nacional en población general para el periodo XIII son Bogotá, Amazonas, Cundinamarca, Norte de Santander, Barranquilla, Boyacá, Caldas, Sucre y Meta, cambiando en número y orden respecto al periodo anterior donde fueron Bogotá, Amazonas, Cundinamarca, Norte de Santander, Barranquilla, Caldas, Sucre, Boyacá, Meta y Atlántico.

En el periodo XIII el promedio en la notificación de casos de varicela fue de 2042 casos por semana epidemiológica y de 8327 casos por periodo epidemiológico.

Las variables de grupo étnico y grupo poblacional son necesarias al momento de evaluar los brotes epidemiológicos, con el objeto de conocer las posibles causas del aumento de casos en un mismo grupo de personas.

Los grupos de edad más afectados pertenecen a la población de uno a nueve años de edad lo que probablemente contribuyó al aumento de casos y presencia de brotes en establecimientos educativos, por lo tanto hace necesario una revisión en la política pública de inclusión de productos biológicos al esquema regular de vacunación, evaluando la necesidad de la vacuna contra varicela al inicio de la etapa escolar. Lo anterior probablemente disminuiría la proporción de incidencia en ésta población, disminuiría los brotes por aumento de inmunidad, disminuiría la ausencia laboral de los padres y cuidadores de los menores de edad afectados y la ausencia escolar de los casos.

6. CONCLUSIONES

- La varicela es uno de los eventos con el mayor número de casos notificados en el país, por tal motivo es importante sensibilizar al personal de salud para su notificación y la oportunidad en la identificación de brotes, para así realizar las acciones individuales que contribuyan al control de la enfermedad.

- En Colombia se presentan casos de varicela durante todo el año, sin embargo su incidencia aumenta durante el inicio de las jornadas escolares.

- Las proporciones de incidencia más altas en población general correspondieron a las entidades territoriales de Bogotá, Amazonas Cundinamarca, Norte de, Barranquilla, Boyacá y Caldas.

- El inicio de actividades como estudio y trabajo, de los casos confirmados en periodo de transmisión, puede llevar a la propagación del virus y presencia de brotes.

- La ola invernal y los cambios climáticos son aspectos que generan aumento de casos, ya que crea puentes de contagio y hay susceptibilidad en la población.

7. RECOMENDACIONES

Realizar acciones de seguimiento a los brotes identificados para garantizar el control de la enfermedad y los casos de varicela en mujeres gestantes, además, del envío de los informes respectivos al referente en el Instituto Nacional de Salud.

Sensibilizar a padres, cuidadores y docentes, de la importancia del aislamiento del caso en periodo de transmisión.

Realizar la investigación y unidad de análisis adecuada y pertinente de las muertes relacionadas con el evento, con el fin de describir las causas de base de la muerte y las complicaciones presentadas.

Resaltar que el evento de varicela ingresa al sistema de vigilancia epidemiológica como confirmado clínicamente y es posible que se estén notificando cuadros clínicos con curso parecido sin que sean necesariamente varicela viral, llevando al aumento de casos a través de los años y haciendo necesario el fortalecimiento de la vigilancia del evento.

Realizar vigilancia diaria a los casos presentados en centros de reclusión, batallones y escuelas militares y de la policía nacional, con el objeto de evitar el aumento de casos o de controlar brotes.

Fortalecer el trabajo intersectorial con INPEC y el sector militar, resaltando la importancia de la infraestructura de los centros penitenciarios como factor influyente para la salud de las

personas que las habitan, además de llevar a cabo las recomendaciones según protocolo en caso de presentarse brotes.

Mejorar el diligenciamiento de la variable de condición final, el cual tiene dos opciones (1: vivo, 2: muerto) pero en las notificaciones se encuentran casos con opción cero o simplemente no diligencian el campo.

Dar a conocer en la comunidad, las siguientes recomendaciones:

Aislar al paciente y no permitir el contacto con personas que no hayan tenido la enfermedad, especialmente las mujeres embarazadas y personas inmunocomprometidas.
No recibir a los niños con varicela en los colegios y jardines mientras se presenten las ampollas.
Mantener buenos hábitos higiénicos.
Mantener las manos limpias y las uñas cortas.
Mantener al paciente hidratado.
Educar sobre el cuidado de las lesiones indicando la importancia de no rascar para evitar lesiones que posteriormente se puedan infectar.
Educar en signos de alarma para que el paciente asista al servicio médico cuando sea necesario.

Intensificar en lugares con población concentrada, las siguientes recomendaciones:

- Identificación y aislamiento de los casos, dar el manejo médico para la enfermedad.
- Mantener el aislamiento de los internos sintomáticos durante al menos 21 días después de la fecha de inicio de síntomas.
- Uso de tapabocas N95.
- Para reducir el riesgo de propagación de casos, se solicita el uso de tapabocas para los funcionarios del INPEC, rancheros, internos y civiles que ingresen al centro carcelario.
- Suministro de gel antibacterial en los patios.
- Hacer énfasis en la higiene de las manos y en la forma correcta de toser y estornudar.
- Solicitar a los internos que extremen las medidas de limpieza y desinfección de las manos, no intercambiar menajes, alimentos, ropa, almohadas y cobijas al menos durante los próximos 21 días.
- Contar con el recurso humano suficiente para la valoración de las personas que ingresan los días de visita.
- Capacitación y sensibilización constante a guardia, demás trabajadores, internos y visitantes.
- Valoración médica a los internos que presentan alguna enfermedad que cause inmunosupresión (VIH) y que al presentar varicela pueda generar complicaciones graves.
- Búsqueda diaria de susceptibles.
- Desinfección del área de aislamiento y desinfección de todas las áreas de la cárcel.
- Capacitación a los internos encargados de la desinfección

- Restricción del desplazamiento de los internos enfermos
- Control de movilidad de internos y guardas se deben desplazar usando tapabocas.
- Realizar censo en la cárcel en búsqueda de susceptibles.
- Para evitar la propagación en personas especialmente susceptibles se debe restringir las visitas de gestantes, menores de cinco años, personas mayores de 60 años y personas inmunocomprometidas.
- Publicación de indicaciones de ingreso a la cárcel en la puerta para informar a los visitantes de los riesgos.
- Evitar o reducir al máximo el traslado de los internos sintomáticos a lugares públicos como los juzgados.
- Restringir el ingreso de internos enfermos provenientes de otros centros penitenciarios para prevenir complicaciones en su condición clínica por contagio con la varicela.
- Notificación inmediata de la aparición de nuevos casos.
- El manejo de la información que debe entregarse a los medios masivos de comunicación, aclarando que se debe generar de una sola fuente con criterios técnicos, respetar los conductos regulares y niveles jerárquicos de las diferentes instituciones involucradas.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Manual Técnico Administrativo del Programa Ampliado de Inmunizaciones. Ministerio de Protección Social.

2. Comité sobre enfermedades infecciosas Academia Americana de Pediatría. Red book®. Informe 2012 del Comité sobre enfermedades infecciosas. Vigésimo novena edición. 2012.

3. Curso de gerencia para el manejo efectivo del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). Módulo 1: Enfermedades del PAI. Organización.

4. Protocolo de Vigilancia de Varicela. Instituto Nacional de Salud. Vigilancia y control en Salud Pública. Colombia, septiembre 2009.